

D. HISTORIAL DE EMBARAZO

# de Embarazos:	# de abortos involuntario:
# Nacimientos vivos:	# de Partos muertos:
# De Niños vivos:	# de abortos:
# de embarazos ectopico:	<input type="checkbox"/> Nunca embarazada
Fecha de la ultima embarazo:	
¿Tiene planes de tener niños en el futuro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

E. HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVO

Método de Anticonceptivo que usa ahora

¿Cuánto tiempo lo has usado este método? :

¿Tiene problemas con este método? Si No

¿Sí sí, qué? :

¿Cual método quiere usar ahora?

CUÁLES DE LOS MÉTODOS SIGUIENTES HA TENIDO USADO EN EL PASADO:

SÍ	NO	Método	Comentarios/Problemas
		Abstinencia	
		<input type="checkbox"/> Esterilización Tubería	
		<input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Histerectomía	
		Pastillas	
		Norplant	
		Depo-Provera (Inyección)	
		Lunelle (inyección)	
		DUI (Dispositivo Intrauterino)	
		Condón (% del tiempo usado)	
		<input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Capuchón cervical	
		Esponja	
		Parche	
		Anillo	
		<input type="checkbox"/> Ritmo natural <input type="checkbox"/> Familiar Natural	
		Eyacuación Externa /Retirada	

F. HISTORIAL SOCIAL

SÍ	NO	¿Usted ha tenido recientemente?	Comentarios
		<input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Problemas con novio?	
		<input type="checkbox"/> Pérdida del trabajo	
		<input type="checkbox"/> Problemas financieros	
		Problemas con <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> escuela	
		<input type="checkbox"/> Problemas legales <input type="checkbox"/> Detenciones <input type="checkbox"/> Divorcio	
		Problemas con los Padres	
		¿Está Ud. abusada físicamente?	
		¿Le han forzado a tener sexo?	
		¿Le están abusando sexual?	
		¿Le han abusado sexual en el pasado?	
		Tiene Ud. Miedo de: <input type="checkbox"/> novio	
		<input type="checkbox"/> miembro de su familia	
		¿Tiene miedo por su seguridad?	

Comentarios:

G. HISTORIA MENSTRUAL

1. Edad de su primera menstruación:

2. Numero de taponos usado en el dia de la regla mas fuerte:

3. Cual numero de días es la regla? : (días)

4. Tiene periodos normales? Si No

5. Fecha que empezó su ultima periodo? : _____
Esta regla era: normal anormal

6. Tiene antes o durante la regla: dolor
 hinchazón problema del intestino cambios emocionales

7. Sangra después de tener sexo? Si No

8. Sangra entre periodos menstruales? :
 Si No

H. RIESGOS DE ITS/VIH

Numero de compañeros del sexo en su vida:
HOMBRES: MUJERES:

¿Cuántos novios del sexo ha tenido en el año pasado?

SÍ	NO	COMENTARIOS
		¿Usted ha utilizado drogas de la calle, si sí, cuando y qué clase?
		¿Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1985?
		¿Cualquiera compañero: <input type="checkbox"/> Usado drogas inyectadas? <input type="checkbox"/> Tiene Hemofilia? <input type="checkbox"/> Tiene VIH / SIDA? <input type="checkbox"/> Tiene otras compañeras? <input type="checkbox"/> Tiene compañeros de ambos sexos?
		¿Usted ha compartido agujas? Por ejemplo: Inyectarse drogas, tatooing, perforados?
		¿Cambiado sexo por drogas o dinero?
		¿Ha tenido una prueba para VIH? Cuando? : _____

Comentarios:

Al mejor de mi conocimiento la información que he proporcionado está correcta y termina.

Firma del Cliente

Fecha

Staff Signature

Date